

**DISEÑO DE UN APLICATIVO PARA LA AUDITORIA EN PROMOCION Y
PREVENCION, ESPECIFICAMENTE EN CONTROL PRENATAL**

**ALICIA SANDOVAL POLINDARA
JAIME A. FERNANDEZ PARRA**

**UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD CON ENFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN
2007**

TABLA DE CONTENIDO

1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2.DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
3.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	7
4.MARCO TEÓRICO.....	11
5.MARCO LEGAL.....	20
6.JUSTIFICACIÓN.....	24
7.OBJETIVOS.....	26
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
8.PROPÓSITOS.....	27
9.DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
9.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
9.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
9.3 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	29
10.VARIABLES.....	30
10.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	30
10.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	30
10.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	31
11.DISEÑO DE APLICATIVO.....	32
12.CONCLUSIONES.....	37
13.RECOMENDACIONES.....	39
14. RECURSOS.....	43
14.1 HUMANOS.....	43
14.2 FÍSICOS.....	43
14.3 FINANCIEROS.....	43
15. BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXO.....	46

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo las mujeres tienen que enfrentar la pobreza, la discriminación y las desigualdades de género. Estos factores contribuyen a una salud reproductiva deficiente y a una maternidad que se desarrolla en condiciones que no son saludables incluso antes de que ocurra el embarazo, y que no hacen más que empeorar la situación una vez comenzado el proceso del embarazo y la maternidad. Los altos niveles de mortalidad materna son un síntoma del abandono de los derechos humanos más fundamentales de la mujer. Tal abandono afecta de manera más aguda a las mujeres que viven en la pobreza, el desamparo económico y privadas de todo poder. La protección y promoción de los derechos de la mujer, su fortalecimiento como individuo para habilitarla a tomar decisiones fundamentadas, y la reducción de las desigualdades sociales y económicas son factores críticos para el logro de la maternidad saludable.

El embarazo es el periodo del desarrollo fetal intrauterino desde el momento de la concepción hasta el nacimiento. Durante este periodo la mujer requiere de un control prenatal integral en el cual toda acción que se ejecute debe ir encaminada a disminuir los riesgos materno fetales.

En términos generales, a los indicadores de mortalidad materna, se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que reflejan una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de

escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros.

Desde la perspectiva de los servicios de salud la implementación de políticas activas para aumentar las coberturas en el control prenatal deben ir necesariamente acompañadas hacia la calidad de la prestación de los servicios. Para controlar esta último aspecto se ha elaborado este aplicativo de auditoria para la práctica del control prenatal dirigido al equipo de salud responsable de su asistencia.

Este documento situado en la perspectiva de la promoción y prevención de la salud perinatal pretende que al evaluar la ejecución y gestión del control de la gestante sea una ayuda para mejorar las falencias encontradas en el trabajo que se realiza en el campo del control prenatal y servirá de base para la revisión de las normas que se aplican en los servicios de salud, buscando mejoramiento continuo hacia la calidad y eficiencia de los programas de promoción y prevención.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo evidenciar las deficiencias en una IPS de primer nivel en su estructura, organización y ejecución durante el desarrollo del programa de control prenatal?

2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Diseño de un aplicativo para auditoria al Control Prenatal que permita a las IPS de primer nivel evaluar integralmente, con el fin de evidenciar las falencias en su estructura, organización y ejecución y a su vez con la información que se obtenga elaborar los planes estratégicos de mejoramiento.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante el embarazo, por lo general la mujer tiene un alto porcentaje de morbimortalidad, debido a que los problemas de salud que presentan las embarazadas están ligados a factores sociales psicológicos y biológicos que a menudo se potencian con el bajo nivel socioeconómico.

La tasa de mortalidad materna en Colombia para el 2003 fue de 104% por 100.000 nacidos vivos¹, el Cauca no es ajeno a esta situación según la información de la Secretaria de Salud en el departamento del Cauca la mortalidad materna ha aumentado considerablemente a pesar de que existe legislación que establece parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, en el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal²

En el municipio de Popayán se evidencia que algunos procesos que han interferido, en el impacto entre ellos:

:

- Desarticulación PAB-POS
- Fragmentación en la información y en la contratación estatal que impide el seguimiento a las usuarias
- Alta rotación de personal por la modalidad de vinculación laboral actual (contratos)
- Responsabilidades compartidas en el sistema de seguridad social en salud actual entidades territoriales, EPS-S, IPS
- Cultura curativa de atención en salud.

¹ www.fecolsog.org/educacioncontinuada/epidemiologiaart6.php

² SISTEMA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PIR INDICADORES EN LOS HOSPITALES DE I, II, Y III NIVEL DE ATENCIÓN. 1° Edición, 2005. Pág. 21

Por otra parte mediante entrevista con algunas EPS-S de la ciudad de Popayán manifestaron que durante la auditoria que han realizado a las IPS con las cuales tienen contrato han podido detectar que, estas tienen algunas deficiencias en los programas de promoción y prevención específicamente en el programa de control prenatal tales como:

Incumplimiento de metas.

Captación tardía de las embarazadas.

No existe una persona responsable del programa de CPN.

No existe consultorio específico para el programa.

No se cumple la demanda inducida.

Diligenciamiento incompleto de historia clínica.

No se cumple con solicitud de ayudas diagnosticas según la norma³.

En relación con los servicios de atención prenatal en el área urbana de Popayán para el año 2000 se encontró que del total de consultas el 30% corresponde a adolescente. Población que representa un gran desafío para los servicios de salud en la región puesto que estas, requieren mayor atención por los riesgos que presentan.

En 1999 la Superintendencia Nacional de Salud, al evaluar el 78% de las entidades prestadoras de servicios en salud, encontró que los procesos de Auditoria estaban encaminados a la contención en los servicios facturados, a la pertinencia médica, la evaluación de tarifas, los copagos y las cuotas moderadoras. Al mismo tiempo, las aseguradoras presentaron problemas de sobrefacturación y uso indebido de tecnología por parte de los prestadores de los servicios⁴.

³ SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, EPS-S. Datos estadísticos cove y evaluaciones de las IPS.

⁴ SISTEMA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PIR INDICADORES EN LOS HOSPITALES DE I, II, Y III NIVEL DE ATENCIÓN. 1º Edición, 2005. Pág. 21

A la vez el diagnóstico nacional realizado por el componente de requisitos esenciales del proyecto de Garantía de Calidad, contratado por el Ministerio de Salud, reveló que eran muchos requisitos que estaban atomizados, carentes de estandarización y no existió un mecanismo claro de referencia y que en algunos casos resultaban contradictorios con las políticas territoriales de inversión en salud. Este exceso de estándares contrasta con la insuficiencia de recursos disponibles en el sector tanto financieros como humanos y de infraestructura. Esta última agravada por la crisis económica del país.

Entonces, la garantía de la calidad en nuestro medio en los servicios de salud es muy incipiente y tiene falencias que indican que su implementación requiere varios años más. Mientras tanto, cada vez son mayores las evidencias de que los servicios en salud presentan serias fallas en la calidad de atención.

Es así que se expide la reglamentación en materia de Garantía de la Calidad mediante el decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 el cual en el artículo 3 define las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en salud en cuanto a Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad; es decir que cada una de las organizaciones de salud debe contar con mecanismos de auditoría, definir su operación y funcionamiento en cada una de estas características. También establece la necesidad de adoptar indicadores y estándares que les permita precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos; decreto al cual el Congreso de Colombia le hace algunos ajustes al sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento de la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento a los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Teniendo en cuenta que un control prenatal sin calidad puede ser sin lugar a duda uno de los factores de riesgo que puede influir en la afectación de la salud del binomio madre e hijo es fundamental hacer una evaluación e intervención en la prestación de este servicio. Dentro de este marco general se elabora un aplicativo de auditoría de fácil manejo y aplicabilidad a los servicios de control prenatal, basado en el modelo C-DOPRI⁵, para recoger de manera clara los procedimientos del Sistema de Garantía de la Calidad relacionados con la disminución del riesgo obstétrico en la atención que se presta a la gestante en las IPS de baja complejidad para la prevención e identificación oportuna de factores de riesgo y, por tanto hacer una intervención o remisión a niveles superiores a tiempo y adecuadamente.

⁵ GUSTAVO MALAGON- LONDOÑO- RICARDO GALAN MORERA- GABRIEL PONTON LAVERDE. Garantía de Calidad en Salud. 2ª Edición 2006. Pág. 63

4. MARCO TEÓRICO

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte e incapacitación de las mujeres entre los 15 y 49 años en los países en desarrollo. Cuando una madre muere o queda incapacitada, se ponen en riesgo el bienestar, la salud y la supervivencia de sus hijos. La familia queda privada de la contribución que ella hace al manejo del hogar y de la atención que brinda a los niños y a otros familiares. Asimismo, la economía pierde sus aportes productivos a la fuerza laboral. Las inversiones en la maternidad saludable reducen la pobreza familiar, ahorran a las familias y gobiernos los costos de tratamiento y otros servicios, y fortalecen el sistema de salud. Toda inversión en la maternidad saludable es una inversión en el bienestar emocional, físico, social y económico de las mujeres, sus hijos, sus familias y sus comunidades. La maternidad saludable es una inversión en el futuro de millones de mujeres y sus familias, lo cual a su vez reviste importantes consecuencias para todas las naciones del mundo. La tragedia que las muertes maternas representan para las mujeres mismas, sus familias, sus comunidades y sus países y el conocimiento de que la mayoría de estas muertes podrían evitarse ha conducido a numerosos convenios internacionales que incluyen llamados a la acción para garantizar la maternidad saludable. Estos convenios incluyen a la IMS como también a: La convención sobre los derechos del niño (1990). La Convención sobre la eliminación de toda Forma de discriminación contra la mujer (1992),

El embarazo es un proceso fisiológico normal; gran parte de los nacimientos no requiere intervención activa de los profesionales al cuidado de la salud, porque el proceso de la reproducción se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo altera los procesos psicofisiológicos de la mujer y tiene el potencial para

afectar el estado de salud, de la madre y del hijo. Los cuidados pre parto incluyen los componentes médicos y los de enfermería necesaria para proteger la vida y la salud de la madre y el feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y su familia.

Además el objetivo de todo cuidado prenatal es asegurar que todo embarazo culmine en un parto sin complicaciones y con un producto totalmente sano sin deteriorar la salud de la madre. Este objetivo se logra mediante la combinación de esfuerzos de los futuros padres, el médico, la enfermera y diversos miembros del equipo de salud, concediéndose especial atención a ampliar los conocimientos y experiencias de los futuros padres y la familia, de manera que todos los miembros asimilen el embarazo de modo positivo, que favorezca la salud de la madre y su futuro hijo, y se efectúe con facilidad la adaptación familiar para incluir a ese nuevo miembro.

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo. Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables.

Tres circunstancias se han identificado como causas de morbi-mortalidad materna, así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud. Para reducir estos riesgos se deben tomar acciones encaminadas a que las mujeres y su familia reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan

buscar atención, proporcionar herramientas para que las mujeres obtengan atención adecuada y aseguramiento en las instituciones de salud.

Dentro de este marco general, es claro encontrar que la probabilidad de muerte durante el embarazo de las mujeres que viven en países desarrollados es mucho menor que aquellas que viven en países poco desarrollados. En estos últimos las grandes diferencias en los indicadores de desarrollo resultan en condiciones orgánicas deficitarias en las mujeres, que se incrementan con los requerimientos del embarazo.

Si ha esto se le añade las diferentes barreras para acceder a los servicios de salud y si cuando logra acceder a estos, la calidad del servicio prestado no es el adecuado, el resultado esperado de ella y de los niños explicaría las diferencias en indicadores de mortalidad materna y peri natal, así como de morbilidad severa.

Desde de la antigüedad, el hombre y el Estado se ha preocupado por la seguridad social y por establecer normas para la prestación de los servicios a la comunidad. Sin embargo, los mayores avances en la salud se han dado por los cambios ocurridos dentro de los otros sectores de la sociedad, como los alcantarillados, el agua potable, etc.

Algo similar ocurre en la actualidad cuando avances en la administración de los procesos productivos nos mueven a reflexionar acerca de los medios y herramientas para administrar los procesos en la atención en salud que permita tener mejores resultados, como es el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la ley 100 de 1993, que estableció la calidad, como uno de los fundamentos en la prestación de los servicios de salud, en la cual el control de los servicios de salud se orienta a garantizar unas condiciones de oportunidad, de atención personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos de la práctica profesional.

Bajo este concepto, se generan expectativas en torno a los cambios que el sistema involucra, en especial, en materia de calidad de la prestación de los servicios de salud las cuales se concretaron con la expedición del decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el que las IPS debían de cumplir unas condiciones mínimas de calidad, fundamentalmente estructurales, debían desarrollar procedimientos de Auditoría médica, de evaluación de tecnología biomédica y elaborar planes de mejoramiento, para finalmente poderse acreditar⁶.

Teniendo en cuenta los anteriores puntos de vista, muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo quien mas ha trabajado este concepto es el doctor AVEDIS DONABEDIAN, quien desde finales de los años sesenta y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. El define la calidad en salud así:

La calidad en salud es una propiedad de atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (DONABEDIAN, A1980).

Por consiguiente, la calidad es la medida en se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por AVEDIS DONABEDIAN abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados⁷

En el campo de la salud la elaboración de modelos para medir las condiciones de la eficiencia de los servicios se inicia en 1962 en Buenos Aires con la adaptación

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-Auditoria para el Mejoramiento de la calidad.

⁷ SISTEMA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PIR INDICADORES EN LOS HOSPITALES DE I, II, Y III NIVEL DE ATENCIÓN. 1° Edición, 2005. Pág. 20

de guías de la Academia de Americana de Pediatría a los servicios de recién nacidos y prematuros; en 1967 se utilizaron en toda la republica Argentina y luego se elaboraron para el resto de servicios. En 1974 se adaptan y utilizan en todos los servicios de hospitales pediátricos ambulatorios y hospitalarios y en los servicios de obstetricia y ginecología en 25 áreas de la salud cubiertas por los programes de atención materno-infantil de Chile, que en 1981 incluyo el área rural.

En 1979 se estableció un programa de garantía de la calidad de la atención médica en los países por otros países bajos. Muchas de de sus facetas ha sido copiadas por otros países como Italia, España, Francia, Inglaterra, Suecia, Australia Malasia Y Estados Unidos en1990.

En las últimas décadas se han desarrollado herramientas para la evaluación de la calidad de los servicios con base en la experiencia americana y canadiense. Con el objeto de asegurar el resultado de atención y prevenir complicaciones evitables Esta tendencia ha hecho que nazcan sistemas de acreditación en todo en mundo. Simultáneamente a partir de la década del 90, la OMS ha propugnado por la calidad de los servicios en salud.

En el segundo semestre de 1999, con base a la Ley 100 y el decreto 2174 de 1996 el Ministerio de Salud contrató el Sistema de Garantía de la Calidad para el país, que conlleva la estructuración y el desarrollo de un modelo de acreditación para IPS y EPS en Colombia.

En el año 2000 las resoluciones del Ministerio de Salud 412 y 3384 definen las normas de atención y los indicadores de evaluación para las actividades de protección específica, detección temprana y de las enfermedades de interés publico.

En noviembre de 2002 las resoluciones 001439 y 001474 reglamentan y adoptan manuales de estándares, procedimientos y sistema único de acreditación.

La acreditación es uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño de la atención en salud.

La Garantía de la Calidad consiste en dos componentes: uno es el diseño de sistemas y de los recursos y el otro es la monitoria del desempeño del sistema. El objetivo de esta monitoria puede variar dependiendo de cuales son los problemas existentes o que se considera importante. En algunos sistemas, los principales problemas pueden ser la inaccesibilidad y la poca frecuencia de uso, otro puede ser el uso excesivo de los servicios, por tanto la elección del aspecto a supervisar depende en parte donde se considera que se encuentran las fallas más importantes en la calidad.

En 1999 la Superintendencia Nacional de Salud, al evaluar el 78% de las entidades prestadoras de servicios en salud, encontró que los procesos de Auditoria estaban encaminados a la contención en los servicios facturados, a la pertinencia médica, la evaluación de tarifas, los copagos y las cuotas moderadoras. Al mismo tiempo, las aseguradoras presentaron problemas de sobrefacturación y uso indebido de tecnología por parte de los prestadores de los servicios.

A la vez el diagnostico nacional realizado por el componente de requisitos esenciales del proyecto de Garantía de Calidad, contratado por el Ministerio de Salud, revelo que eran muchos requisitos que estaban atomizados, carentes de estandarización y no existió un mecanismo claro de referencia y que en algunos casos resultaban contradictorios con las políticas territoriales de inversión en salud. Este exceso de estándares contrasta con la insuficiencia de recursos disponibles en el sector tanto financieros como humanos y de infraestructura. Esta ultima agravada por la crisis económica del país.

Entonces, la garantía de la calidad en nuestro medio en los servicios de salud es muy incipiente y tiene falencias que indican que su implementación requiere varios

años más. Mientras tanto, cada vez son mayores las evidencias de que los servicios en salud presentan serias fallas en la calidad de atención.

Es así que se expide la reglamentación en materia de Garantía de la Calidad mediante el decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 el cual en el artículo 6 define las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de salud en cuanto a Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad; es decir que cada una de las organizaciones de salud debe contar con mecanismos de auditoría, definir su operación y funcionamiento en cada una de estas características. También establece la necesidad de adoptar indicadores y estándares que les permita precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos.

Con relación en lo anterior, se puede analizar que desde un poco más de una década, se ha establecido la necesidad de evaluar y mejorar las condiciones en que prestan los servicios de salud en Colombia, sin que se haya desarrollado mecanismos que permitan obtener información continua y sistemática de las condiciones que afectan la prestación de estos servicios; por tal razón expiden el Decreto 1011 de 3 de Marzo de 2006 por el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su artículo tercero relaciona las características del SOGCS con el fin de generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos teniendo en cuenta el balance entre beneficio, riesgos y costos y lograr la satisfacción de los usuarios. De igual manera con la circular 030 del 19 de mayo de 2006 de la Superintendencia de Salud imparte los lineamientos en materia de indicadores de calidad, entre ellos Razón de mortalidad materna, estándares y de reporte de información sobre las instituciones que brindan servicios de salud.

La literatura mundial presenta gran número de modelos que evalúan y proponen mejorar la Calidad de la Atención de salud en cuanto a Accesibilidad,

Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad; uno de ellos, El C-DOPRI, cuya estructura esta dada por seis componentes de evaluación. Cada uno de ellos incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación que permiten la evaluación integral de los organismos de salud, cualquiera que sea su nivel de atención y grado de complejidad, permitiendo identificar las fallas o vacíos en la prestación de los servicios de salud. Bajo esta concepción se definen los seis componentes, así:

CONTEXTO: Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituye el entorno o ambiente del sistema de salud.

DEMANDA: Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios relacionados con al edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, motivo de consulta, y severidad del proceso patológico.

OFERTA O ESTRUCTURA: Estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes.

PROCESO: Este componente identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por tanto, permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos.

RESULTADO O PRODUCTO: Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas por periodos.

IMPACTO O EFECTO: Evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de la población a enfermar, incapacitarse o morir, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios hacia los servicios.

De ahí la importancia de implementar en las instituciones la auditoria ya que esta es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y su

propósito es convertirse en un instrumento de evaluación, monitorización permanente para lograr la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo en los procesos prioritarios definidos por las organizaciones detectando las desviaciones para emitir conclusiones y recomendaciones que impacten en el cumplimiento de los estándares para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la salud de los usuarios al menor costo posible.

5. MARCO LEGAL

Resolución 412 de 2000 Define la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, con el fin de identificar los riesgos del embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas psíquicas para la madre y su hijo. Procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

RESOLUCION 3374/2000 (Ministerio de Salud): Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Acuerdo 229, del 17 de mayo de 2.002 define la proporción de la UPC-S (4.01) destinados a las acciones de promoción y prevención de los Programas de Vacunación, Atención en planificación familiar.

LA CONSTITUCIÓN NACIONAL DE 1991 Garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, además establece que la seguridad social en salud es un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio que se prestará bajo la coordinación y control del estado.

La Política Nacional de SSR recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos⁵ y en las Conferencias

Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995),⁶ cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR

LEY 100 DE DICIEMBRE 23 DE 1993. Por medio de la cual se reforma el Sistema Nacional de Salud y consagra las funciones asignadas a las Direcciones Municipales de Salud.

RESOLUCIÓN 4288 del 20 de noviembre de 1996, Ministerio de Salud define el Plan de Atención Básica en el SGSSS.

ACUERDO 30/96 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud): Por el cual se define el Régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece que las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas de promoción y prevención están exentas de copagos y cuotas moderadoras.

ACUERDO 117/98 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud): Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública. En el capítulo II define la detección temprana como los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estado temprano, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidades y muertes.

RESOLUCIÓN 1078/2000 (Ministerio de Salud): Por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.

Decreto 1011 del 3 de abril de 2.006 Ministerio de la Protección Social establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. . En su artículo 4 como uno de los componentes del SOGC la auditoria para el mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, definido como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto ala calidad esperada de la atención en salud que reciben os usuarios.

Ley 1122 del 8 de enero de 2.007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en salud con el objeto entre otras de mejorar la prestación de los servicios de salud y el fortalecimiento de los programas de salud pública.

Resolución 1043 del 2.006 establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad

Anexo técnico 2 de la resolución 1043 del 2.006 a través del manual garantiza la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, como herramienta de gestión de la calidad

Anexo técnico de la resolución 1446 del 8 de mayo de 2.005 por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la atención en salud, entre los que se encuentra el indicador de Razón de Mortalidad Materna, el cualha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para detectar problemas de calidad del proceso asistencial del parto como en la atención y control prenatal siendo en Colombia evento relacionado con calidad y oportunidad hasta en un 85% de las situaciones.Ademas la monitorización de este indicador permite

ofrecer elementos de juicio para desatar procesos de mejoramiento en todas estas áreas de la gestión institucional

6. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna y peri natal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan; el estado de inferioridad económica, educativa, los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a [complicaciones durante el trabajo de parto y el parto](#), el 16% a [embarazo terminado en aborto](#), el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. Tanto las causas como los factores se pueden evitar ya que la gran mayoría son conocidas y a la vez el sector de la salud cuenta desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico para impedirlos

En general, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de su embarazo. Pero lo que está

fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso a los servicios de salud, con una óptima calidad de atención que realicen la detección temprana del riesgo y la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas.

En los últimos años en el municipio de Popayán se ha venido realizando el comité de vigilancia epidemiológica en el cual esta inmerso el proceso de vigilancia de la mortalidad materna y mediante el análisis de estos eventos se ha concluido que si se hubiera tenido un control con calidad la mayoría de estas muertes hubiera podido prevenirse.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario una intervención evaluativa a los programas de PYP específicamente al programa de control prenatal mediante un aplicativo de auditoria con el fin de identificar, los logros y falencias y así tomar correctivos que conduzcan a mejorar la salud del binomio madre e hijo.

Creemos que el diseño e implementación de este aplicativo de auditoria además de evaluar y evidenciar las falencias del programa de control prenatal permite también la promoción y el desarrollo de la auditoria como una herramienta de la gestión de la calidad y esta a su vez un herramienta de gestión gerencial, procesos técnicos que están inmersos en la prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención a cerca de su desempeño comparado con el marco de estándares optimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficacia clínica y administrativa) y mejorar el impacto en la salud de la población gestante (efectividad clínica)

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la ejecución y gestión de control de la gestante, mediante un aplicativo, de acuerdo con la normatividad vigente a fin de encontrar puntos críticos que requieran mejoramiento continuo.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la estructura y organización de la IPS que presta el servicio de control prenatal
- Evaluar la organización del programa de Promoción y Prevención
- Evaluar el componente técnico del programa de promoción y prevención

8. PROPÓSITOS

- Garantizar calidad del servicio en el programa de control prenatal
- Optimizar la utilización de recursos en el programa
- Cumplimiento de la normatividad vigente
- Idoneidad y suficiencia del recurso humano
- Satisfacción de las usuarias del programa

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo.
- Programático y evaluativo cuya evaluación se fundamentara en los criterios del modelo C-DOPRI para auditoria

9.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Aplicativo para auditoria que permite identificar aspectos relacionados con la estructura, organización y ejecución en la atención de las usuarias en el periodo de gestación.

Aplicativo que será diligenciado para recolectar la información primaria en forma confiable que permita evidenciar la forma en la cual se desarrollo el proceso.

9.3 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Obtención de la información primaria a partir de la aplicación del diseño propuesto. De manera descriptiva presentar informes por cada una de las variables independientes, y a cuales de los ítems da cumplimiento la Institución evaluada y a cuales no. Observando, que para aquellos ítems de incumplimiento definir prioridades al momento de elaborar la plataforma estratégica, basados en la normatividad vigente y la estructura de la organización; por el contrario en los ítems de cumplimiento implementar políticas de sostenimiento y/o mejoramiento continuo.

10.VARIABLES

10.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Estructura Orgánica
- Estructura Funcional.
- Recursos Humanos.
- Recursos Físicos.
- Recursos Financieros.

10.2 VARIABLES DEPENDIENTES

Resultados de la medición, luego de aplicar el diseño de auditoria.
Tomados como base en el diseño del modelo C-DOPRI, son:

Cumple

No cumple

Observaciones

10.3 VARIABLE INTERVINIENTE

El evaluador. Su desempeño debe ser idóneo para evitar sesgos en la ejecución del aplicativo, de manera que los resultados que arroje, sean confiables y permitan la planeación de estrategias que aseguren el mejoramiento continuo hacia la calidad.

11. DISEÑO DE APLICATIVO

PROCEDIMIENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
EVALUACION DEL CONTEXTO			
- Desarrollo de políticas en salud locales			
- Planes y programas intersectorial			
- Respaldo con las aseguradoras en salud			
- Respaldo en la comunidad			
EVALUACION CON BASE EN LA DEMANDA			
- Posee bases de datos			
- Mujeres en embarazo			
- Porcentaje de embarazadas atendidas			
• Medico general			
• Enfermería			
- Porcentaje de embarazadas con control de odontología			
- Porcentaje de embarazadas que reciben los medicamentos			
- Porcentaje de embarazadas con laboratorios del control			
EVALUACION CON BASE EN LA OFERTA			
PLATAFORMA ESTRATEGICA			
- Organigrama			
• Solicitar y verificar			
• Se incluye P y P			
-Características particulares			
• Misión, visión valores			
• Principios			
• Están socializados			
- Portafolio de servicios			
• Oferta P y P			
• Planes de desarrollo frente al programa			
- Manuales de procedimientos			

• Científicos			
• Administrativos			
• Financieros			
• Están socializados			
- Mecanismos de control interno			
• Monitoria de la gerencia al programa			
• Frecuencia en auditoria			
• Formatos de evaluación			
• Actas de evaluación			
• Indicadores de alarma			
• Medidas correctivas			
- Sistemas de información			
• Manual de procedimientos			
• Sistemas interconectados			
ESTRUCTURA FUNCIONAL			
- Manual de funciones			
- Están socializados			
- Inducción al personal sobre las funciones			
- Evaluación del cumplimiento			
- Actualización de manuales			
Manual de Procedimientos			
- <u>Guías de atención y norma técnica aplicada al programa según normatividad</u>			
- Legislación actualizada para el programa			
- Socialización de la norma técnica			
- Acta de la capacitación			
RECURSO HUMANOS			
- Hojas de vida del personal a cargo del programa			
- Personal contratado según población asignada			
• Medico			
• Enfermera			
• Auxiliar de enfermería			
- Personal contratado según población asignada			
• Tiempo contratado			
• Tiempo exclusivo en el programa			
RECURSOS FÍSICOS			
- Consultorios habilitados			
- Sala auxiliar para curso de sicoprofilaxis			

- Área asignada cumple requisitos de <u>habilitación</u>			
RECURSOS FINANCIEROS			
- Asignaciones desde el presupuesto			
- Tiene costos el programa			
- Rentabilidad del programa			
- Porcentaje de contrataciones con las aseguradoras			
<u>Facturación y cobro</u>			
- Facturas cumplen requisitos legales			
- Entrega oportuna de facturas			
- Envío oportuno de cuenta de cobro			
- Soportes adecuados según contrato			
<u>Cartera</u>			
- Tramite de glosas según la norma			
- Gestión de cobro			
- Rotación de cartera para el programa			
- Procesos socializados, documentados y aplicados			
SISTEMAS DE INFORMACION			
- Organigrama			
- Procesos socializados, documentados y aplicados			
- Personal capacitado			
• Hojas de vida			
- Base de datos de los usuarios			
• Actualizada			
- Software acorde a las necesidades			
- Validación oportuna			
- Recolección de información pertinente			
- Análisis y publicación de la información			
- Codificación CUPS			

PROCEDIMIENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
EVALUACION CON BASE EN PROCESOS			
- Flujo grama de consulta externa			
• Incluye P y P			
- Demanda inducida			
- Procesos de referencia y contrarreferencia			
- Procesos socializados, documentados y aplicados			
- Tiempos de espera en consulta externa			
• Incluyen P y P			
- <u>Registro de cumplimiento en Historia Clínica</u>			
- Formatos avalados en Comité de Historias Clínicas			
EVALUACION CON BASE EN RESULTADOS			
- Oportunidad en la cita para el programa			
- Porcentaje de utilización del consultorio			
- Matriz de programación según población asignada			
- Cumplimiento de metas			
- Correctivos para incumplimiento de metas			
EVALUACION CON BASE EN EL IMPACTO			
- Mortalidad materna			
- Mortalidad peri natal			
- Morbilidad materna			
- Identificación y ubicación de la embarazada con riesgo			
- Seguimiento de embarazadas con riesgo			
- Adherencia al programa			
• Búsqueda de inasistentes			
- Fichas de notificación para enfermedades de interés en Salud Pública y embarazo			
- Encuestas de satisfacción, quejas y reclamos			
- Respuesta oportuna de las quejas			
- Clima organizacional			
• Satisfacción en funciones y salarios			
• Relación con superiores y compañeros			
• Estímulos de desempeño			
• Cumplimiento de proveedores			



12. CONCLUSIONES

- El decreto 1011 en su artículo 32 estipula que los procesos de auditoria son obligatorios para los Departamentos, Distritos y Municipios de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- La calidad en la prestación de los servicios de salud es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual, en el cual el mayor enfoque ha sido dirigido hacia los aspectos administrativos y financieros.

- Definir auditoria para el mejoramiento de la calidad como un componente de mejoramiento continuo implica: Obtención de resultados centrados en el cliente

- Al identificar la falencia que presenta el primer nivel de complejidad en salud durante la atención de la embarazada, reflejara en contención de costos para los niveles de mayor complejidad; y en los de menor complejidad mejorará el impacto (perfil epidemiológico).

- Para toda institución es relevante cumplir con lo definido en los decretos 1011 de 2006 y la Ley 1122 de 2007 no solo porque se trata de un mandato normativo, sino también porque es una herramienta de planeación ejecución control y seguimiento que al ser gestionada adecuadamente redundara en beneficio de los usuarios y también fortalecerá administrativamente las instituciones, por lo tanto el cumplimiento de esta normatividad se debe ver como una oportunidad para mejorar.

- El proceso de atención es un continuo clínico y administrativo que atraviesa toda la organización. Basado en la evidencia, debe promover la auto evaluación y su impacto orientarla hacia los procesos de mejoramiento continuo y no hacia la búsqueda de culpables.

- La auditoria para mejorar hacia la calidad, debe usarse como componente del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para atención en salud, donde las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, igualmente impactar en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de eficiencia y ética.

13.RECOMENDACIONES

Para toda institución es relevante cumplir con lo definido en los decretos 1011 de 2006 y la Ley 1122 de 2007 no solo porque se trata de un mandato normativo , también porque vemos en estos verdadera herramienta de planeación, ejecución control y seguimiento que al ser gestionada adecuadamente no solo redundara en beneficio de los usuarios sino que también enriquecerá a la organización y a sus funcionarios en todo sentido, por lo tanto el cumplimiento de estos decretos se debe ver como una oportunidad de mejora.

-De ahí que la evaluación al programa de control prenatal mediante el aplicativo de auditoria es asegurar y controlar la calidad de los servicios, para que una vez obtenida la información se realice un análisis con el fin de que se desarrollen planes estratégicos bien sea de contingencia, de corto o de largo plazo para poder garantizar la calidad y marchar por el camino de búsqueda de la excelencia.

- Para el nivel operativo los informes se deben ampliar en las áreas problemas para facilitar su entendimiento y para motivar la participación en la búsqueda de soluciones.

-Es necesario determinar la periodicidad de las evaluaciones porque en ese sentido se podrá realizar seguimiento a los problemas que se detecten y se les formulen estrategias de corrección.

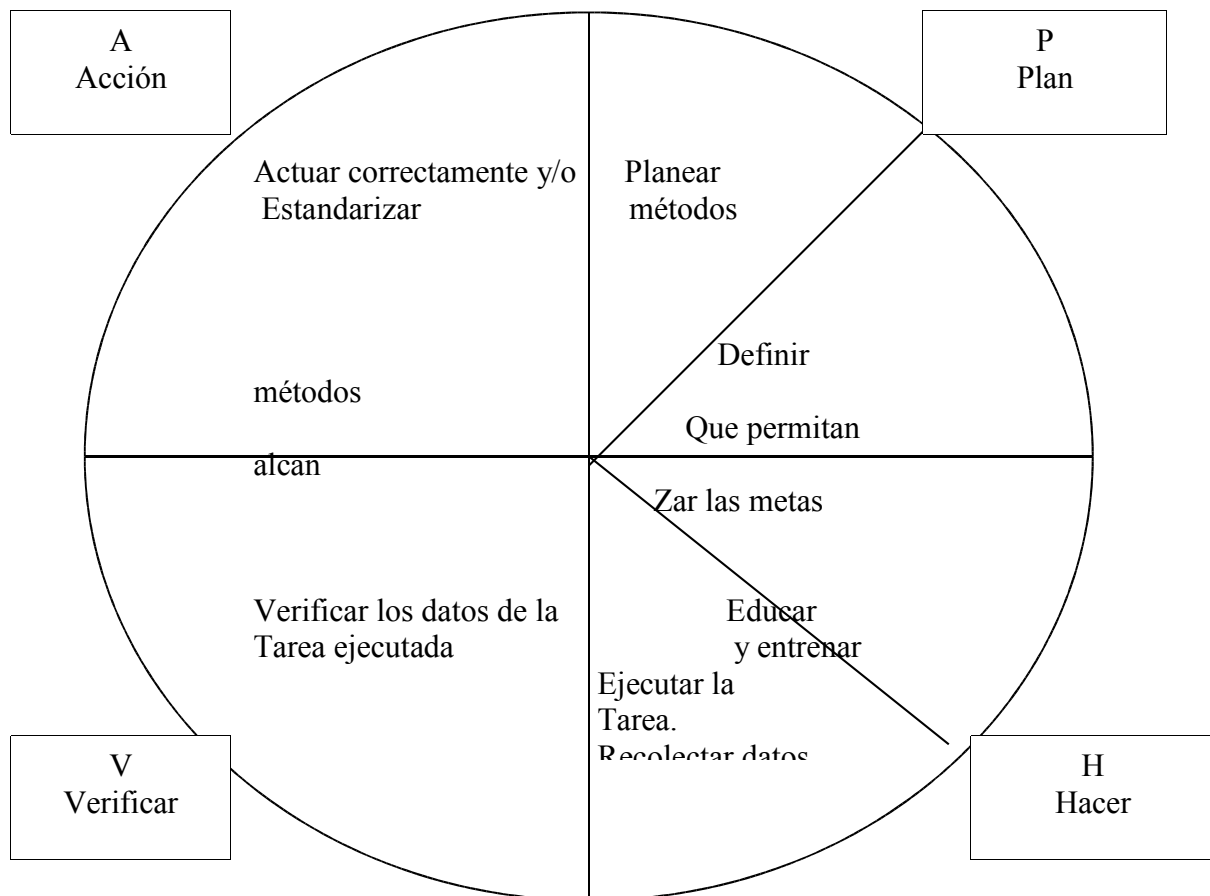
-Es conveniente involucrar a todo el equipo en la conciencia de los problemas que se detecten y en la formulación de soluciones.

-En la información se debe incluir todos los datos pertinentes para una correcta interpretación y en lo posible acompañados de los datos de los últimos periodos con su correspondiente grafica que indique la tendencia.

-Teniendo en cuenta lo anterior y con el propósito de contribuir en el Mejoramiento Continuo de las IPS de primer nivel se propone la aplicación del método del ciclo PHVA, como un plan de mejoramiento continuo puesto que es un método gerencial básico que se fundamenta en el modelo de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

El ciclo PHVA es también considerado un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de una organización y en el sistema de procesos como un todo, por tanto para la gestión de este modelo es importante establecer los grupos de calidad, los cuales son los encargados de gestionar dicho modelo.

CICLO PHVA



La gerencia de procesos mediante el ciclo PHVA, consiste básicamente en:

PLANEAR: entendido como la definición de las metas y los métodos que permitirán alcanzarlas.

HACER: consisten en ejecutar la tarea y recoger los datos, no sin antes haber pasado por un proceso de formación (educar y entrenar).

VERIFICAR: evaluar los resultados de la tarea ejecutada; identificación de los problemas que originan el no cumplimiento de las tareas (formación, planeación).

ACTUAR: tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.

Para garantizar la efectividad de la aplicación del ciclo PHVA se deben desarrollar algunas fases como se muestra en el diagrama de flujo donde se especifican las actividades y los objetivos que se persiguen con el desarrollo de cada una de ellas. (Ver anexo).

14. RECURSOS

14.1 HUMANOS

- Tutor: Dr. RICARDO GALAN MORERA

- Estudiantes: ALICIA SANDOVAL POLINDARA
JAIME ALBERTO FERNANDEZ.

14.2 FÍSICOS

- Normatividad vigente

- Sistemas de información territoriales

- Sistemas informáticos e Internet

14.3 FINANCIEROS

- Propios.

15. BIBLIOGRAFÍA

- GLADYS MIRANDA -JAVEGRAF Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en lo Hospitales de I ,II y III de Atención. Primera edición 2005. Bogota,D. C.,2003-20004.
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-Auditoria para el Mejoramiento de la calidad.
- NORMATIVIDAD VIGENTE. Decretos, Leyes, Circulares, Acuerdos y Resoluciones.
- SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, EPS-S. Datos estadísticos cove y evaluaciones de las IPS.
- GUSTAVO MALAGON- LONDOÑO- RICARDO GALAN MORERA- GABRIEL PONTON LAVERDE. Garantía de Calidad en Salud. 2ª Edición 2006.
- FERNZ PARDO TELLEZ- RICARDO GALAN MORERA HECTOR GOMEZTRIBIÑO. Administración en Salud.

- MAGALON LONDOÑO. GALAN MORERA. PONTON LAVERDE. Auditoria en Salud-para una gestión eficiente. 2ª Edición
- GERMAN RIAÑO GAMBOA M.D. Auditoria de la Gestión en Salud. Un reto a la excelencia en el nuevo milenio. Bogotá, D.C. Abril del 2004
- INVESTIGACIONES REALIZADAS A NIVEL NACIONAL. Internet

ANEXO

En la ejecución de gestión de calidad del ciclo PHVA se deben desarrollar las siguientes fases.

V

CICLO PEVA

	FLUJOGRAMA	FASE	OBJETIVO
P	① ↓	Identificación del problema	Definir claramente el problema, reconocer su importancia, definir el objetivo.
	② ↓ ③	Observación	Investigar las características específicas del problema (datos y procesos)
	↓ ④	Análisis	Buscar las causas fundamentales
	④ ↓ ⑤	Plan de acción	Concebir un plan para bloquear las causas fundamentales.
H	⑤ ↓	Ejecución.	Bloquear las causas fundamentales
V	⑥ ↓	Verificación	Verificar si el bloqueo fue efectivo
	⑥ ↓ ⑦	Bloqueo efectivo	
A	⑦ ↓ ⑧	Estandarización	Prevenir contra la recurrencia del problema.

A continuación se presenta la forma de cada fase del ciclo PHVA será gestionada donde se propone o recomienda algunas de las herramientas que una IPS puede utilizar para garantizar dicha gestión

1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

TAREA	HERRAMIENTAS	OBSERBACION
Solucionar el problema	Directrices en el área de trabajo	Asegurarse que el problema escogido sea el importante Dar razones por cuales se escogió el problema.
Historia del problema	Utilice siempre datos históricos.	Cuando ocurre. Con que frecuencia. Como ocurre
Evidenciar el problema	Utilizar gráficos	Que se esta perdiendo como se pude generar
Realizar análisis de pareto	Análisis de pareto	Priorizar y establecer pautas
Nombrar responsable		Nombra el líder, grupo encargado y colocar fecha limite

El diagrama de pareto es una representación grafica de barras para percibir dentro de un conjunto de factores (problemas) sobre los cuales se deben centrar preferencialmente la atención, pues al resolverlos o reducirlos se esta consiguiendo aproximadamente el 80 % del resultado esperado lo que hoy se conoce como la regla 80/20.Es decir si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema por lo tanto el análisis de pareto es una técnica que sugiere los pocos vitales de los muchos triviales

2. OBSERVACIÓN

TAREA	HERRAMIENTAS	OBSERVACION
Encontrar las características a través de los datos	Lista de verificación Grafico de pareto 5W1H	Tenga varios puntos de vista ,tiempo, lugar , donde ocurre el problema , individuo y priorice
Establezca un cronograma presupuesto y meta	Cronograma	Realizar cronograma de referencia.

En esta fase es importante realizar un formato de contenga la información y los datos que se desean reunir haciendo las siguientes preguntas:

QUE paso.

QUIEN la persona que lo hace, lo recibí o responsable.

DONDE en que lugar, que parte, que sección, que área

CUANDO a que hora, mes, que tan frecuente.

COMO cuanto, que tanto.

Esta hoja de verificación deberá indicar claramente quien recolecto los datos donde y como se recolectaron.

3. ANÁLISIS

TAREA	HERRAMIENTA	OBSERVACION
Definir las causas influyentes.	Lluvia de ideas y diagrama de causa efecto.	Formación de un grupo
E escoger las causas mas factibles(hipótesis)		Priorizar las causas mas factibles.
Análisis de las causa y problemas	Recopilación de los nuevos datos.	Visita al lugar donde ocurre el problema o posible hipótesis.
Verificación de la hipótesis	Analice los datos y compruebe causas	Estratifique las hipótesis. Verifíquelas.
Verifique las inconsistencias de la causa fundamental.	Es probable bloquear la causa fundamental? El bloqueo produce efectos secundarios.	Sino es posible bloquear la causa o los efectos no deseados transforme la causa en nuevo problema.

El diagrama causa efecto se conoce también como Diagrama de Ishikawa, por su creador, el doctor Kauru Ishikawa (Padre de la Calidad) o diagrama de Espina de Pescado y se utiliza en las fases de diagnóstico y solución de la causa. Este diagrama ayuda a graficar las causas del problema que se estudia y analiza, por tanto se debe utilizar para:

- Visualizar en equipo las causas principales y secundarias de un problema.
- Analizar procesos en busca de mejora.
- Conduce a modificar procedimientos, métodos y costumbres, actividades o hábitos con soluciones muchas veces sencillas y baratas.

4. PLAN DE ACCIÓN.

TAREA	HERRAMIENTA	OBSERVACIÓN
Elaboración de la estrategia de acción.	Discusión con el grupo involucrado	Asegúrese que actúe sobre las causas. Proponga diferentes soluciones. Asegúrese que no produzca efectos colaterales.
Elaborar plan de acción. Revisar cronograma	Discusión con el equipo. 5 W 1H Cronograma Costos	Definir que, quien cuándo, porque y como. Determine la meta y ítem a controlar.

El plan de acción debe ser preparado bajo el enfoque de 5W1H, es decir:

- Porque: es necesario revisar y seguir.
- Cuando: es necesario ejecutar y seguir lo especificado.
- Donde: es necesario ejecutar según lo especificado.
- Quien: tiene la responsabilidad de implantar y desempeñar.
- Que: acción es necesaria de ejecutar y asegurar.
- Como: usar máquinas, herramientas, dispositivos o fijar la generación.

Asegurar porque método o que instrumento. Grabar e informar al encontrar algo erróneo.

5. ACCIÓN.

TAREA	HERRAMIENTA	OBSERVACIÓN
Entrenamiento	Divulgación del plan. Reuniones participativas. Técnicas de entrenamiento.	Defina cuales acciones necesitan cooperación. Especifique las tareas. Asegúrese de que lo entiendan
Ejecución de la acción	Plan y cronograma	Verifique las acciones en el sitio de ejecución. Registre todas las acciones y resultados.

6. VERIFICACIÓN

TAREA	HERRAMIENTA	OBSERVACIÓN
	Histograma gráfico.	<p>Verificar la efectividad de las acciones.</p> <p>Compare los efectos.</p>
Lista de los efectos secundarios	Grafico	<p>Cuando el resultado no es el esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifique las acciones <p>sí persiste falla en la soluciones planteadas</p>
Fue efectivo el bloqueo	Realmente la causa fundamental se encontró y se bloqueo	<p>Utilice datos anteriores para tomar decisiones.</p> <p>Si la solución fue errónea volver a la fase 2 (Observación).</p>

7. ESTANDARIZACIÓN.

TAREA	HERRAMIENTA	OBSERVACIÓN
Elaboración o modificación de estándares	Establezca un nuevo procedimiento operacional estándar (POE). Revise 5W1H	Explique el porque de los cambios. Verifique si la acción debe cambiarse. Innove y evite que el problema reaparezca. Incorpore el POE a prueba.
Comunicación	Circulares, reuniones, comunicados.	Asegúrese que todos los involucrados sean informados.
Educación y entrenamiento	Reuniones y charlas. Manuales y entrenamiento. Entrenamiento en el trabajo.	Involucrar todo el equipo. Explique la razón del cambio. Asegúrese que los funcionarios puedan manejar los procesos. Entrene en el lugar de trabajo. Suministre documentación necesaria.
Acompañamiento en la utilización del estándar.	Sistema de verificación del cumplimiento del estándar	Verificación periódica. Delegar gerenciamiento por etapas. Comprobar el cumplimiento del POE

OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN:

- Obtener estabilidad de los resultados en los procesos repetitivos.
- Construir una estructura y conocimiento en la organización en un ambiente en el que los funcionarios puedan trabajar seguros con confianza y participación.
- Permite el entrenamiento y no la especialización.

PAUTAS PARA ESTABLECER ESTANDARES

- Definir los productos o servicios.
- Identificar la actividad crítica y/o esencial.
- Clasificar y dividir el diagrama de flujo de acuerdo al ciclo PHVA.
- Detallar en cada paso el método 5W1H.
- Identificar cual es la tarea a la cual se le define un proceso operativo estandarizado.

FICHA BIBLIOGRAFICA TRABAJO	
TIPO	Trabajo dirigido
TITULO	Diseño de un aplicativo para la auditoria en promoción y prevención, específicamente en control prenatal
PROGRAMA	Especialización en auditoria en salud con énfasis en epidemiología
MODALIDA PROGRAMA	Postgrado
EDICIÓN	Popayán universidad EAN,2007
AUTORES	Alicia Sandoval Polindara, Jaime Alberto Fernández.
PALABRAS CLAVES	Auditoria, aplicativo, programático control prenatal.
DESCRIPCIÓN	Este trabajo permite evaluar los programas de PIP, específicamente el control prenatal; con el fin de identificar los logros y falencias y así tomar correctivos q conduzcan a mejorar la salud del binomio madre e hijo.
FUENTES	Normatividad vigente, garantía de calidad en salud 2a edición de Gustavo Magalon , auditoria en salud Magalon, Galán Laverde www.fecolsog.org/educacioncontinuada/epidemiologiaart6.php
CONTENIDO	El diseño del aplicativo consta de cinco Ítems entre ellos: estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos físicos y recursos financieros, los cuales permiten a las IPS de primer nivel evaluar las actividades de promoción y prevención integralmente específicamente el control prenatal con el fin de evidenciar loa logros y falencias en su estructura, organización y ejecución y a su vez con la información que se obtenga elaborar planes estratégicos de mejoramiento.
METODOLOGIA	Con enfoque descriptivo programático y evaluativo, cuya evaluación se fundamentara en lo modelos C-DOPRI para auditoria.
CONCLUSIONES	Definir auditoria para el mejoramiento de la calidad, y así obtener resultados centrados en el cliente. Cumplir con la normatividad , ya que es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para atención en salud donde las diferencias de la calidad deseada y la calidad observada, incentive a los derechos del paciente y la buena practica profesional
PERIODO ACADEMICO	2007 2

